

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO**
ARTRITE PSORIÁSICA – CID: M07.0, M07.2, M07.3**DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES/EXAMES**LAUDO (Todos os medicamentos):**

SERÃO INCLuíDOS NESTE PROTOCOLO DE TRATAMENTO OS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE AP SEGUNDO OS CRITÉRIOS CASPAR, OU SEJA, DOENÇA INFLAMATÓRIA ARTICULAR E PONTUAÇÃO IGUAL OU MAIOR QUE 3 NOS DEMAIS CRITÉRIOS (PSORÍASE, DISTROFIA UNGUEAL, FATOR REUMATOIDE, DACTILITE E ALTERAÇÃO RADIOGRÁFICA).

- LAUDO MÉDICO COM DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS, REGIÕES DE ACOMETIMENTO DA DOENÇA, QUADRO CLÍNICO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA QUE ESTEJA DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DO PCDT VIGENTE, PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CASPAR, TRATAMENTOS PRÉVIOS MEDICAMENTOSOS E NÃO MEDICAMENTOSOS E SEU TEMPO DE DURAÇÃO.
- ESCALA CLASSIFICATION CRITERIA FOR PSORIATIC ARTHRITIS (CASPAR) **OU**
- ESCALA ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY SCORE (ASDAS) **OU**
- ESCALA DISEASE ACTIVITY IN PSORIATIC ARTHRITIS (DAPSA) **OU**
- ESCALA LEEDS ENTHESITIS INDEX (LEI) **OU**
- ESCALA MINIMAL DISEASE ACTIVITY (MDA).

EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE TODOS OS MEDICAMENTOS:

CÓPIA DO EXAME DE RADIOGRAFIA SIMPLES (RX), ULTRASSONOGRRAFIA (US), RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) NÃO OU CINTILOGRAFIA ÓSSEA QUE EVIDENCIEM ANOMALIAS CARACTERÍSTICAS DE ARTRITE PSORIÁICA (VAL. QUALQUER DATA).

PARA SULFASSALAZINA, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL. 180 DIAS).

PARA CICLOSPORINA, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL ATÉ 15 DIAS).

PARA LEFLUNOMIDA OU METOTREXATO, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL ATÉ 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL. 180 DIAS).

PARA ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFILIXIMABE, SECUQUINUMABE E TOFACITINIBE, ACRESCENTAR:

- CÓPIA DO EXAME DE ANTI-HCV (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HBSAG (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL. 180 DIAS).

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOLÓGICO DAS REGIÕES ACOMETIDAS (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAMA DAS REGIÕES ACOMETIDAS (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE PLAQUETAS (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PROTEÍNA C-REATIVA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE FATOR REUMATÓIDE (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS/VSG) (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE CINTILOGRAFIA ÓSSEA (DE QUALQUER DATA);
- CÓPIA DO LAUDO DE ULTRASSONOGRAMA DAS REGIÕES ACOMETIDAS (DE QUALQUER DATA).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

TROCA DE TERAPIA PARA PACIENTES COM CADASTRO ATIVO E EM CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: APRESENTAR SOMENTE OS EXAMES ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO QUE ESTÁ SENDO INCLUÍDO. OS EXAMES EM COMUM NÃO PRECISAM SER REAPRESENTADOS.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
IBUPROFENO, NAPROXENO, PREDNISONA, CICLOSPORINA, SULFASSALAZINA,
METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE,
GOLIMUMABE, SECUQUINUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL e TOFACITINIBE

Eu, _____ (*nome do(a) paciente*),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ibuprofeno, naproxeno, prednisona, sulfassalazina, metotrexato, leflunomida, ciclosporina, adalimumabe, etanercepte e infliximabe, golimumabe, secuquinumabe, certolizumabe pegol e Tofacitinibe indicados para o tratamento da artrite psoriásica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico

(*nome do médico que prescreve*).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença, como dor e rigidez;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico.
- **prednisona, sulfassalazina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe e certolizumabe pegol:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);
- **ibuprofeno, naproxeno e tofacitinibe:** medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **ibuprofeno e naproxeno:** medicamento classificado na gestação como categoria D quando utilizado no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto (há evidências de risco ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **ciclosporina:** medicamento classificado na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **metotrexato e leflunomida:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);
- **efeitos adversos do ibuprofeno:** tontura, urticária na pele, reações de alergia, dor de estômago, náusea, má digestão, prisão de ventre, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, dor de cabeça, irritabilidade, zumbido, inchaço e retenção de líquidos;
- **efeitos adversos do naproxeno:** dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaqueca, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura;
- **efeitos adversos da sulfassalazina:** dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia; efeitos adversos mais raros: diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos no sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue (aumenta os riscos de sangramento), piora dos sintomas

de retocolite ulcerativa, problemas no fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir, cansaço associado à formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico (ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);

- **efeitos adversos da prednisona:** alterações nos ossos e músculos: fraqueza, perda de massa muscular, osteoporose, além de ruptura do tendão, lesões de ossos longos e vértebras e piora dos sintomas de miastenia *gravis*; alterações hidroeletrolíticas: inchaço, aumento da pressão arterial; alterações no estômago e intestino: sangramento; alterações na pele: demora em cicatrizar machucados, suor em excesso, petéquias e equimoses, urticária e até dermatite alérgica; alterações no sistema nervoso: convulsões, tontura; dor de cabeça; alterações nas glândulas: irregularidades menstruais, manifestação de diabetes *mellitus*; alterações nos olhos: catarata, aumento da pressão dentro dos olhos; alterações psiquiátricas: alterações do humor; depressão e dificuldade para dormir;

- **efeitos adversos do metotrexato:** problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, diminuição do número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda de apetite, náusea, palidez, coceira e vômitos; efeitos adversos mais raros, dependendo da dose utilizada: cansaço associado à formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento de infecções ou agravá-las;

- **efeitos adversos da leflunomida:** pressão alta, dor no peito, palpitações, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, varizes, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, gastroenterite, dor abdominal, azia, gases, ulcerações na boca, pedra na vesícula, prisão de ventre, desconforto abdominal, sangramento nas fezes, de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabete mérito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, distúrbios menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;

- **efeitos adversos da ciclosporina:** disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicéridios, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia;

- **efeitos adversos de adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, infliximabe e golimumabe :** reações no local da aplicação como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, como tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;

- **contraindicações do adalimumabe, certolizumabe pegol, etanercepte, golimumabe e infliximabe:** hipersensibilidade (alergia) ao princípio ativo do medicamento ou a componente da fórmula, tuberculose sem tratamento, outra infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica com risco de vida, infecção por herpes zóster ativa, hepatite B ou C aguda, doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos, insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV ou doença neurológica desmielinizante (leucoencefalopatia multifocal progressiva – LEMP).

- **contraindicação do secuquinumabe:** hipersensibilidade ao princípio ativo ou a componente da fórmula, tuberculose sem tratamento, outra infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica com risco de vida, infecção por herpes zóster ativa ou hepatite B ou C aguda.

- **contraindicação do tofacitinibe:** Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou

componentes; tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zóster ativa; hepatites B ou C agudas. É recomendada avaliação dos pacientes quanto a fatores de risco para tromboembolismo venoso antes do início do tratamento e periodicamente durante o tratamento. O tofacinibe deve ser usado com cautela em pacientes nos quais os fatores de risco são identificados

- contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao(s) fármaco(s) ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () **Sim** () **Não**

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| () Ibuprofeno | () Metotrexato | () Etanercepte |
| () Naproxeno | () Leflunomida | () Infliximabe |
| () Prednisona | () Ciclosporina | () Golimumabe |
| () Sulfassalazina | () Adalimumabe | () Secuquinumabe |
| () Certolizumabe pegol | () Tofacitinibe | |

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal:		
Médico responsável:		
Assinatura e Carimbo do Médico:	CRM:	UF:

ANEXO I – Formulário para Artrite Psoriásica – **Início** ou **Mudança** de tratamento

Nome do paciente: _____

- Assinale as manifestações presentes no paciente:

- () Artrite periférica. () Entesites. () Acometimento cutâneo.
() Artrite axial. () Dactilites.

O esquema terapêutico proposto é devido: (Assinalar uma das opções abaixo)

[] - Início de tratamento.

Apresentar o histórico da doença e a justificativa para a escolha terapêutica:

[] - Mudança de Terapêutica

- ✓ [] - **Intolerância e/ou Toxicidade.** Descrever as manifestações clínicas e resultados de exames que foram utilizados para caracterizar o evento citado.

- ✓ [] - **Falha terapêutica:** Descrever os medicamentos utilizados anteriormente (todos os esquemas terapêuticos) em cada ETAPA/LINHA e seus períodos de uso, bem como, quais os critérios e índices foram adotados para caracterizar a atual falha terapêutica.

Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA ou DERMATOLOGISTA

Data: ____/____/____.

Nome do paciente: _____.

ANEXO II - ESCALA CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)
Para ser preenchida pelo médico solicitante

<i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR) para Diagnóstico de Artrite Psoriásica</i>	
Nome:	Data:
Doença inflamatória articular (artrite periférica , axial ou nas enteses) e pontuação igual ou superior a 3 nas seguintes categorias* ¹ :	
1. Psoríase* ² :	() Atual – 2 pontos. () Histórico de psoríase - 1 ponto ou () Antecedente familiar – 1 ponto.
2. Distrofia ungueal* ³ :	() Sim – 1 ponto.
3. Fator reumatoide negativo:	() Sim – 1 ponto.
4. Dactilite * ⁴ :	() Atual – 1 ponto ou; () Histórico de dactilite – 1 ponto.
5. Radiografia (mãos e pés) com evidência radiológica de proliferação óssea* ⁵ :	() Sim – 1 ponto.
<p>*¹ Para confirmação de diagnóstico de AP segundo os critérios CASPAR, é necessário haver uma doença inflamatória articular e, pelo menos, pontuação igual ou superior a 3 nas demais categorias.</p> <p>*² Psoríase atual é definida como a psoríase cutânea ou de couro cabeludo presente, avaliada por reumatologista ou dermatologista. Histórico de psoríase é definido como a história da doença relatada por paciente, clínico geral, dermatologista, reumatologista ou outro profissional de saúde qualificado. Antecedente familiar é definido como a história de psoríase em familiar de primeiro ou segundo grau segundo relato do paciente.</p> <p>*³ Distrofia ungueal, incluindo onicólise, pitting e hiperqueratose, observada em avaliação clínica.</p> <p>*⁴ Dactilite atual definida como aumento de digital difuso ou história de dactilite descrita por reumatologista.</p> <p>*⁵ Evidência radiográfica de neoformação óssea justa-articular (excluindo formação osteofítica) nas radiografias de mãos e pés.</p>	
RESULTADO (Pontuação):	

Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA ou DERMATOLOGISTA

Data: ____/____/____.

Nome do paciente: _____.

ANEXO III - ESCALA MDA (*Minimal Disease Activity*)

Para ser preenchida pelo médico solicitante

Critério	Ponto de Corte	Resultado
Escala de Dor por EVA, escala 0 a 100	Menor do que 15	
Avaliação Global da atividade da doença por EVA, 0 a 100	Menor do que 20	
HAQ, 0-3	Menor ou igual a 0,5	
Contagem de articulações dolorosas	Menor ou igual a 1	
Contagem de articulações edemaciadas	Menor ou igual a 1	
PASI, 0-72	Menor ou igual a 1	
OU Área de superfície corporal envolvida, 0 a 100%	Menor ou igual a 3	
Entesite	Menor ou igual a 1	

- EVA: escala visual analógica
- HAQ: questionário de avaliação de saúde
- PASI: área de psoríase e índice de gravidade

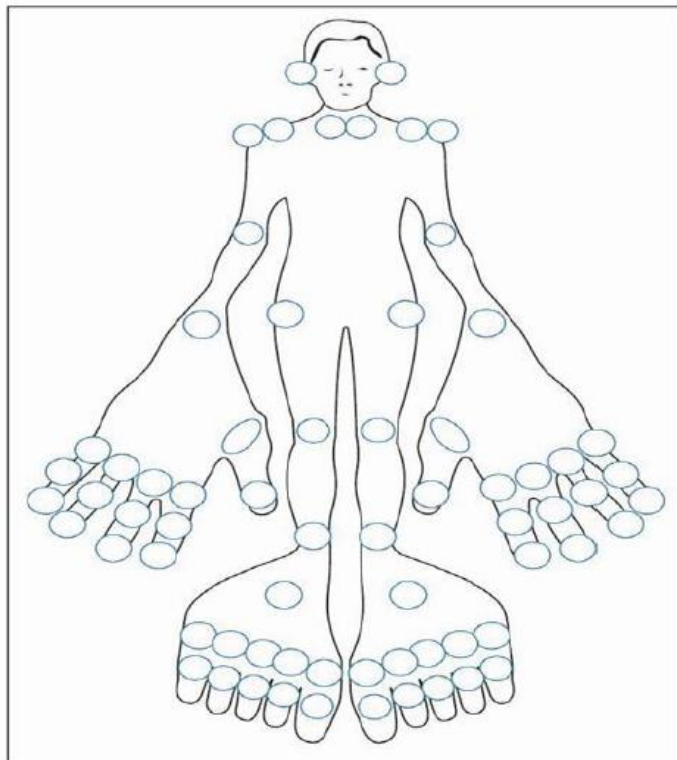
Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA ou DERMATOLOGISTA

Data: ____/____/____.

Nome do paciente: _____.

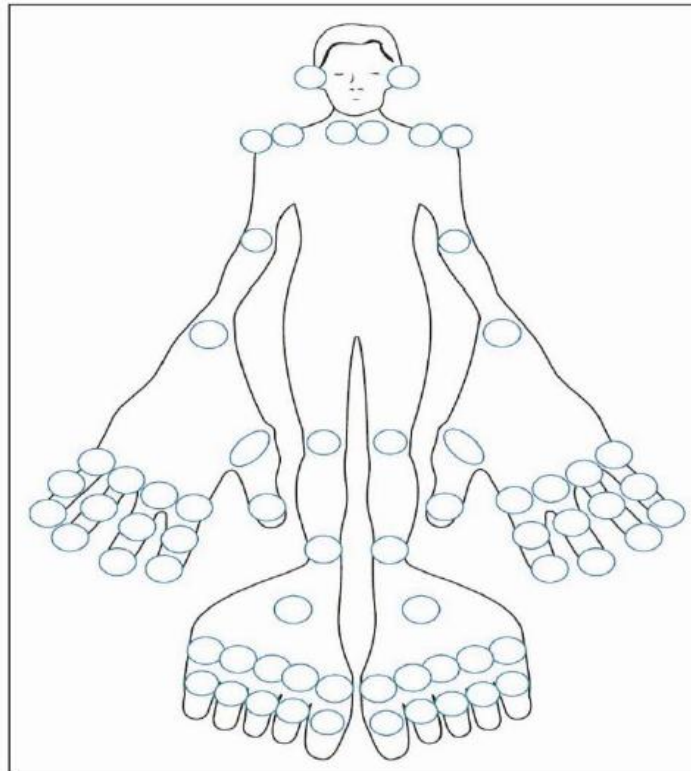
ANEXO IV - ESCALA DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score)
Para ser preenchida pelo médico solicitante

Articulações dolorosas



1. Contagem de articulações

Articulações edemaciadas



2. Contagem de articulações

3. Nível de PCR: _____ (mg/dL)

4. Percepção do paciente com relação à atividade da doença e dor:

4.a. Como você descreveria a atividade da sua doença na última semana?

(Sem atividade) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (Muito ativa)

4.b. Como você descreveria o grau total de dor na última semana?

(Não tive) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (Muito severa)

Cálculo : DAPSA = TJ+SJ+PCR+Atividade+Dor / RESULTADO:

Níveis de atividade da doença	Pontos de corte
Remissão	0 a 14
Baixa	5 a 14
Moderada	15 a 28
Alta	> 28

**Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA
ou DERMATOLOGISTA**

Data: ____/____/____.

Nome do paciente: _____.

ANEXO V - ESCALA ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)

Para ser preenchida pelo médico solicitante

ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY SCORE – ASDAS

Fórmulas para cálculo do escore ASDAS por proteína C reativa (PCR) e por velocidade de hemossedimentação (VHS) em calculadora específica:

ASDAS – PCR	$0.12 \times \text{Dor axial} + 0.06 \times \text{Duração da rigidez matinal} + 0.11 \times \text{Avaliação do Paciente} + 0.07 \times \text{Dor/Edema periféricos} + 0.58 \times \text{Ln (PCR+1)}$
ASDAS - VHS	$0.08 \times \text{Dor axial} + 0.07 \times \text{Duração da rigidez matinal} + 0.11 \times \text{Avaliação do Paciente} + 0.09 \times \text{Dor/Edema periféricos} + 0.29 \times \sqrt{\text{VHS}}$

$\sqrt{\text{VHS}}$, raiz quadrada da velocidade de hemossedimentação (mm/h); Ln (PCR+1), logaritmo natural da proteína C reativa (mg/L) + 1.
Dor axial, avaliação do paciente, duração da rigidez matinal e dor/edema periféricos são avaliados em escala analógica (de 0 a 10 cm) ou em uma escala numérica (de 0 a 10).
Dor axial (questão 2 do BASDAI): "Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?"
Duração da rigidez matinal (questão 6 do BASDAI): "Quanto tempo dura a rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?"
Avaliação do paciente: "Quão ativa esteve a sua espondilite em média na última semana*?"
Dor/edema periférico (questão 3 do BASDAI): "Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?"

*Tradução literal não validada para o português

Doença inativa	< 1,3
Atividade de doença moderada	1,4 -2,0
Atividade de doença alta	2,1 – 3,5
Atividade de doença muito alta	>3,5

Pontuação apresentada de acordo com a escala ASDAS: _____

Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA ou DERMATOLOGISTA

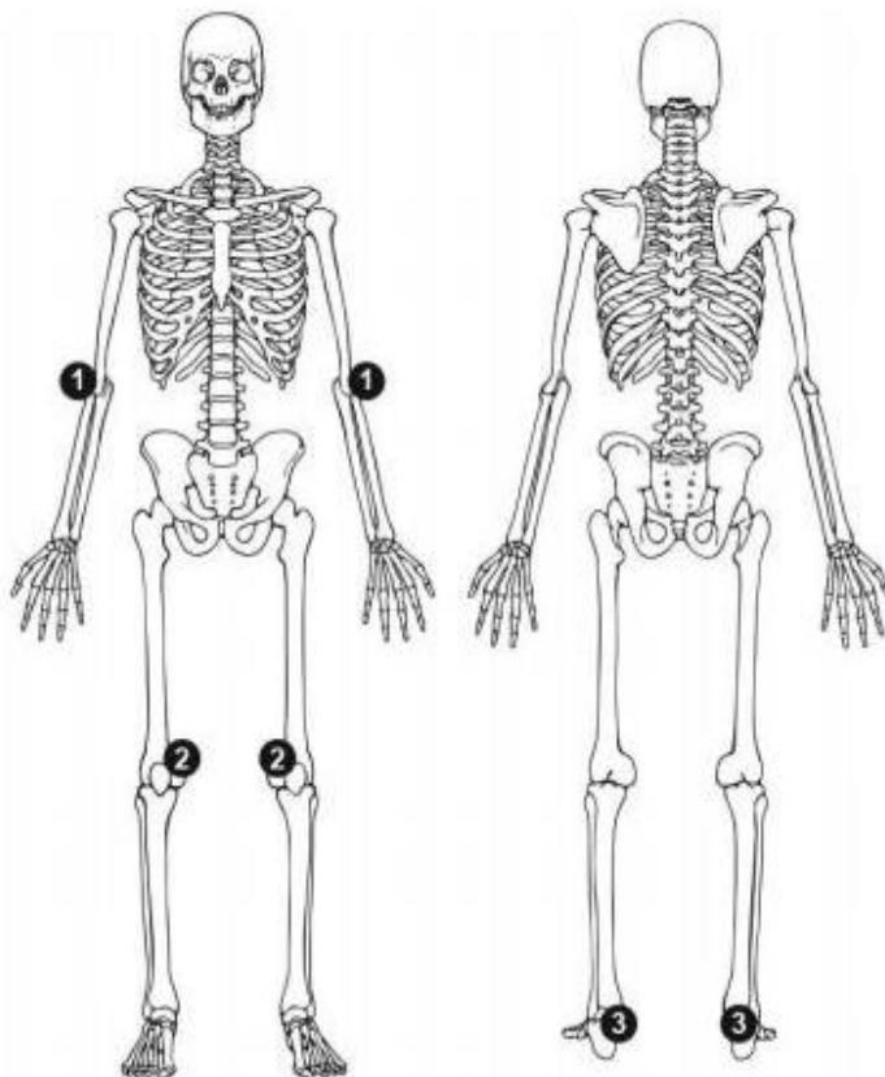
Data: ____ / ____ / ____.

Nome do paciente: _____.

ANEXO VI - AVALIAÇÃO LEI (Leeds Enthesitis Index)

Para ser preenchida pelo médico solicitante

Marcar com um X a(s) área(s) afetada(s)



1. Epicôndilo lateral esquerdo e direito.
2. Cômulo femoral medial, esquerdo e direito.
3. Inserção do tendão de Aquiles, esquerdo e direito.

Assinatura e carimbo do Médico REUMATOLOGISTA ou DERMATOLOGISTA

Data: ____/____/____.



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do
(nome do paciente ou responsável)
CNS nº _____, inscrito (a) no CPF sob o
nº _____, **autorizo** o (a) Sr(a).

(nome do procurador ou portador)
portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida
pelo _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
residente na _____

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s)
na unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável:** _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a):** _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);